Aragón (J. M.)

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO.

BREVE ESTUDIO

SOBRE LA

SINFISIOTOMÍA

TESIS

QUE PARA EL EXAMEN GENERAL DE MEDICINA CIRUGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA AL JURADO CALIFICADOR

JOSÉ M. ARAGÓN

Alumno de la Escuela Nacional de Medicina,
ex-practicante de los Hospitales "Juárez," "San Andrés,"
y "Divino Salvador," practicante actual del Hospital "Morelos,"
y de la Sección 4ª del Consultorio de la Beneficencia Pública,
miembro de la Sociedad Filoiátrica etc., etc,

MÉXICO
OFICINA TIP. DE LA SECRETARÍA DE FOMENTO
Calle de San Andrés núm. 15

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO.

BREVE ESTUDIO

SOBRE LA

SINFISIOTOMÍA

TESIS

QUE PARA EL EXAMEN GENERAL DE MEDICINA CIRUGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA AL JURADO CALIFICADOR

JOSÉ M. ARAGÓN

Alumno de la Escuela Nacional de Medicina,
ex-practicante de los Hospitales "Juárez," "San Andrés,"
y "Divino Salvador," practicante actual del Hospital "Morelos,"
y de la Sección 4ª del Consultorio de la Beneficencia Pública,
miembro de la Sociedad Filoiátrica etc., etc,

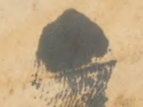
MÉXICO

OFICINA TIP. DE LA SECRETARÍA DE FOMENTO

Calle de San Andrés núm. 15

1893





A LA SAGRADA MEMORIA DE MI MADRE.

A MI QUERIDO PADRE.

PROFUNDO CARIÑO.

AL SEÑOR GOBERNADOR DE COAHUILA

CORONEL JOSÉ M. GARZA GALÁN.

Testimonio de gratitud.

A LOS SEÑORES

SENADOR ENRIQUE BAZ Y DIPUTADO EMILIO G. BAZ.

Humilde prueba de afecto.

A MI QUERIDO TIO EL SEÑOR

CORONEL CARLOS AGUNDIS

Testimonio de aprecio.

AL SEÑOR DOCTOR

ANGEL GUTIÉRREZ

GRATITUD.

AL SEÑOR DIRECTOR DE LA ESCUELA N. DE MEDICINA

DR. MANUEL CARMONA Y VALLE.

ADMIRACIÓN Y RESPETO.

Á MIS MAESTROS LOS SEÑORES PROFESORES

FERNANDO ZÁRRAGA Y MANUEL GUTIÉRREZ.

Público testimonio
de gratitud por sus favores.

A LOS SEÑORES PROFESORES

Francisco de P. Chacón, Manuel Domínguez, José M. Bandera y Tomás Noriega.

AL SEÑOR SECRETARIO DE FOMENTO

INGENIERO MANUEL FERNÁNDEZ LEAL.

CONSIDERACIÓN Y GRATITUD.

Señores Jurados:

Ha llegado por fin el momento en que, después de diez años de estudios, venga delante de vosotros á hacer la síntesis de mis conocimientos. Mis conocimientos, bien lo sé, son ningunos; pero espero que la consideración con que me habéis tratado durante mis exámenes parciales, se haga manifiesta una vez más.

Alivio, pues, mis temores con esa esperanza; sabiendo que en vosotros, mis maestros, es notorio que el saber y la bondad siempre se adunan.

J. M. Aragón.

La Sinfisiotomía es una operación que puede considerarse realmente como moderna, y digo esto, porque aunque la operación data de los años 1768 á 1777, fué enteramente abandonada al grado de caer en un olvido completo, durante el gran espacio de tiempo transcurrido de esa fecha, época de su invención y su apogeo, hasta que recientemente la Escuela Italiana ayudada de la antisepsia ha hecho de la Sinfisiotomía una de las mejores intervenciones de la Cirugía en el arte obstétrico. La Tocurgia ha hecho una de sus más brillantes adquisiciones. El estudio de esta operación, tan sencilla como eficaz, he creído conveniente dividirlo en cuatro partes, que consideraré sucesivamente, y las cuales expongo en el orden siguiente: 1ª parte, Historia de la operación; 2ª parte, Técnica operatoria; 3ª parte, Resultados obtenidos; 4ª parte, Indicaciones de la operación. A la 4ª parte podría añadir las indicaciones de la operación Cesárea y las de la Embriotomía, pero creo que basta señalar las de la operación que me ocupa, mencionando tan sólo las de las otras.

HISTORIA.

Sinonimia. Sinfisiotomía, Pubiotomía, Sincondrotomía, Sección sigolciana, operación ó sección de la sínfisis.

Preocupados los parteros de todos los tiempos con la idea de encontrar un medio que disminuyese la mortalidad de las mujeres, que la intervención quirúrgica por medio de la operación Cesárea causaba en los casos de estrechamiento pélvico llevado á ciertos límites, y más preocupados aún con la mayor mortalidad de los niños cuando queriendo salvar á la madre se sacrificaba el producto, idearon diferentes medios para subsanar el mal, entonces irremediable. Así, se propuso hacer la operación Cesárea en la mujer muerta, lo cual no dió resultado, pues aconteció que algunos operadores creyendo hacer la operación en el cadáver, se engañaran, dando la mujer señales de vida antes de concluir la operación. Otros aconsejaron hacer la Embriotomía en el feto muerto; pero como éste no siempre lo estaba, hubo quien aconsejó que se le matara primero y luego que se procediera á hacer la Embriotomía. Suscitóse también la cuestión de saber si era

lícito atentar contra la vida del niño, y aun cuando esta cuestión esté hoy enteramente resuelta, se ve que los dos extremos, la operación Cesárea y la Embriotomía, eran peligrosas. La primera atacando indirectamente la vida de la madre, la segunda atacando directamente la vida del niño. Además, el gran número de casos que entraban dentro de los límites de lo que se conoce con el nombre de indicación relativa de la operación Cesárea, eran susceptibles de otro tratamiento.

¿Pero cuál era éste? Débese el mérito de tal descubrimiento á un estudiante de Cirugía, creador de una operación ingeniosa, fácil é inofensiva, la Sinfisiotomía. El año de 1768, J. R. Sigault, entonces estudiante de Cirugía, después de numerosas experiencias presentó á la Academia Real de Cirugía el proyecto de ampliar la pelvis por medio de la sección de la sínfisis púbica. El proyecto fué rechazado por la Academia; lo cual no impidió á su autor ponerlo en práctica algunos años más tarde (1777), y siendo ya médico de la Facultad. El título, dice Baudelocque, creyó que le daba derecho para emprender una operación que tantos adversarios contaba apenas fué conocida. Uno de los principales adversarios de esta nueva operación fué Baudelocque, cuyo nombre y autoridad eran tales en Francia, que fué el principal obstáculo para el desarrollo de la nueva operación en el lugar mismo de su nacimiento. Es él aún quien quiere hacer remontar la antigüedad de la idea operatoria á Severin Pineau, es decir, cerca de doscientos años antes de M. Sigault; pero aun en sus mismos escritos Baudelocque asienta que Severin Pineau sólo tuvo la idea de ampliar la pelvis, valiéndose de inyecciones mucilaginosas, baños y lociones

emolientes, creyendo que de esta manera se relajaba la sínfisis y por tal motivo se ampliaría la pelvis, y que M. Sigault imaginó algo más expedito, y fué cortar la sínfisis.

Bouchacourt en su artículo Pubiotomía del Diccionario enciclopédico, y Charpentier en su trabajo presentado á la Academia de Medicina en las sesiones del 15 y 22 de Marzo de 92, dicen que la sección del pubis fué practicada la primera vez el año de 1655 sobre el cadáver y por un francés llamado Courvée, que pretendía extraer un niño vivo; después por Plenk el año de 1766 y en las mismas condiciones. Uno de los modernos y ardientes defensores de la Sinfisiotomía, Novi, asegura que en el año de 1774 dicha operación fué practicada en Nápoles por Domenico Ferrara, lo cual no le extrañaría, pues dicho cirujano había hecho sus estudios en Francia y estaba al tanto de las ideas de Sigault.

A pesar, pues, de la aserción de Baudelocque, Bouchacourt, la de M. Alfonso le Roy, quien publicó en la Gaceta de la Salud del año de 1781, que la Sinfisiotomía había sido hecha por un médico francés (¿La Courvée?) en Varsovia; como estos hechos carecen de comprobación, queda generalmente admitido que es á M. Sigault á quien se debe no sólo el haber ideado tal operación, sino el haberla puesto en práctica por primera vez.

El nombre de la mujer Souchot será siempre célebre, pues va unido al de Sigault y al de la primera operación y primer éxito de la Sinfisiotomía. Este resultado fué presentado á la Academia de Medicina de Paris, la cual lo recibió con tanto más entusiasmo

cuanto que la Academia de Cirugía lo había rechazado años atrás. El éxito fué asombroso, el nombre de su autor resonó en la Europa entera, la Facultad de Paris hizo gravar una medalla conmemorativa en su honor, la cual contenia por una de sus caras la efigie del decano de ese tiempo, y por la otra una inscripción que señalaba la época del descubrimiento y la de la ejecución de la operación.

El Gobierno por su parte, no menos satisfecho, contribuyó al entusiasmo que reinaba concediendo una pensión al autor y otra á la mujer que acababa de ser operada. Aun cuando M. Sigault había propuesto esta operación para los casos de estrechamiento pélvico por mala conformación y en los cuales era necesario recurrir á la operación Cesárea, sus partidarios fueron más allá y, como en todos los casos, del uso se pasó al abuso, llegó á practicarse hasta en mujeres cuya pelvis bien conformada había servido de paso á productos de término, bien conformados y expulsos por los solos esfuerzos de la naturaleza.

Este momento de delirio, dice Baudelocque, fué tal que en el espacio de cuatro á cinco años se hizo más veces la sección del pubis que lo que se había hecho la operación Cesárea en el transcurso de veinte á veinticinco años, quizá aun de medio siglo.

Los adversarios de la nueva operación, á cuyo frente se encontraba Baudelocque, trataron de demostrar por una parte que la operación hecha en caso de estrechamiento pélvico, llevado al grado de los que se consideran como indicación absoluta de la operación Cesárea, era no sólo inútil sino hasta peligrosa, pues una ampliación pequeña no daba espacio suficiente para el

paso del feto; y llevada más allá de los límites entonces fijados por Sigault y considerados como inofensivos, era, repetían, bastante peligrosa, pues las lesiones de las sínfisis sacro-iliacas eran irreparables y seguramente mortales, ó cuando menos dejaban á la mujer inválida por el resto de sus días. Decían, además, que en los casos en que la operación había sido hecha con éxito, sólo se había tratado de errores de diagnóstico en cuanto á la amplitud del canal, pues estas mujeres habrían parido naturalmente si el partero se hubiese armado de un poco de paciencia ó recurrido ya fuese á ganchos, la versión, ó una aplicación de forceps. Como se ve, la primera de sus objeciones tenía valor, y en verdad el abuso, como ya dije, que los partidarios de la Sinfisiotomía hicieron de la operación, unido al prestigio de que gozaba Baudelocque, cuyas ideas reinaban entonces en Francia y eran contrarias á la nueva operación, contribuyeron al desprestigio de ésta, poco tiempo después de haber sido casi la única intervención quirúrgica en los casos de parto distócico por mala conformación pélvica.

En cuanto á la separación de los pubis, M. Sigault en sus primeras experiencias sobre el cadáver y mediante las cuales presentó su Tesis en la Escuela de Medicina de Angers, estimaba ésta en algunas pulgadas y líneas.

Se anunció después que se podía obtener sin peligro una separación de dos pulgadas y media, ó sean seis y medio á siete centímetros, y esto en la mayor parte de las mujeres sometidas á la operación.

M. Alfonse le Roy fué hasta decir que en dos casos que había operado había llevado la separación media pulgada más.

Las experiencias de Baudelocque se hicieron con objeto de demostrar á qué precio se podía conseguir una separación tan sólo de dos pulgadas, pues en su concepto esto sólo se podía lograr con grandes descalabros por parte de la pelvis.

Fué favorecido, así como sus compañeros, por una epidemia que les proporcionó gran número de cadáveres en el Hotel-Dieu, donde hacían sus experiencias, y á las cuales procedían de la manera siguiente: Colocaban el cadáver sobre el borde de una mesa, los muslos ligeramente separados del tronco y sostenidos por ayudantes. Haciendo la sección de la sínfisis, los pubis sólo se alejaban de tres á seis líneas, y cuando los muslos eran llevados fuertemente hacia fuera, al grado de formar ángulos rectos con el tronco, ó la forma de la letra T, se conseguía la separación de dos pulgadas y media, y aun era necesario tirar de las caderas en el mismo sentido que los muslos.

He aquí, según Baudelocque mismo, el resultado de sus experiencias. La separación (se refiere á la de dos pulgadas y media) no se obtuvo en ninguna mujer sin que las sínfisis sacro-iliacas fuesen desgarradas, y este desgarramiento, comenzando más ó menos pronto, ha sido más ó menos considerable, según la forma particular de la pelvis sobre la cual operamos y según también que las sínfisis mismas presenten más ó menos blandura.

Sobre una pelvis cuyo estrecho superior no tenía sino tres pulgadas y un cuarto del pequeño diámetro, y cinco pulgadas de ancho transversalmente, los huesos pubis estaban apenas separados una pulgada cuando una de las sínfisis apareció abierta una línea y media

y la otra una línea solamente. La separación de la primera se aumentó hasta cinco líneas y la de la segunda hasta tres y media líneas; el periosto se desprendió bastante lejos, los ligamentos anteriores se desgarraron mucho antes que el alejamiento de los huesos pubis fuese de dos pulgadas y media.

Como se ve, las experiencias parecían concluyentes, y sancionados por el crédito de Baudelocque, fueron causa de la terrible oposición que en su cuna tuvo la Sinfisiotomía. Hay que añadir á esto que los operadores hacían también ver que durante sus experiencias se producían grandes destrozos de otro género, entre los cuales figuraba en primer término la desgarradura de la herida exterior operatoria, que de algunos centímetros se extendía hacia arriba del lado del ombligo, y hacia abajo del lado de la vulva, al grado de propagarse á la vagina produciendo una enorme desgarradura.

Se comprende desde luego la enorme violencia que emplearían en los anteriores resultados.

Objetaban que la sección de la sínfisis tan sólo aumentaba el diámetro transverso del estrecho superior, pero no el antero-posterior, objeto esencial de la operación. Objetaban, por último, que los pubis no se separaban igualmente alejándose, pues uno lo verificaba en mayor extensión que el otro con diferencia de algunas líneas; objeción sin importancia, puesto que lo que se pretendía era la separación de ellos para que este espacio aumentara, como ya dije, la circunferencia del estrecho superior.

Esta cruzada contra la Sinfisiotomía por medio de las experiencias arriba citadas, fué hecha por algunos

de los parteros notables de ese tiempo, tales como M. Ripping en el Hotel Dieu de Paris, M. Serin en Estrasburgo, M. Chevreul en Angers, Desgranges de Lion, etc., y á cuyo frente, repetimos, estaba Baudelocque.

El ataque fué rechazado por M. Alfonse le Roy y M. Lauverjat, partidarios de la Sinfisiotomía, y que entregándose á experiencias llegaron á fijar el aumento que la progresiva separación de los pubis traía á las líneas, que partidas del promontorio terminaban en el pubis correspondiente. A una pulgada de abertura aumentan adelante dos líneas, á dos pulgadas, según Lauverjat, cinco líneas; á dos pulgadas y media ocho líneas, y aumentarían una pulgada ó un poco menos en el caso de una separación de tres pulgadas.

Los partidarios de la Sinfisiotomía rechazaron en efecto, como poco concluyentes, las experiencias hasta entonces emprendidas por Baudelocque y sus compañeros, pues les hicieron las objeciones siguientes:

1ª Las experiencias, habiendo sido emprendidas sobre cadáveres de mujeres cuya pelvis era normal y bien conformada, no podían dar indicaciones precisas ni sobre el aumento de los diámetros ni sobre la alteración de las sínfisis sacro-iliacas, como una pelvis viciada por estrechamiento y que requería dicha operación; no sucediendo lo mismo con la primera que, siendo normal en sus diámetros, el menor aumento tenía que producir una lesión considerable del lado de las sínfisis iliacas.

La 2ª objeción fué que por la Sinfisiotomía el diámetro antero-posterior aumentaba tanto más, de una manera relativa, cuanto mayor era el estrechamiento

en el estrecho superior. Y nótese que esta objeción era tenida por verdad concluyente por los mismos enemigos. Además de estas experiencias y objeciones, los partidarios de la Sinfisiotomía ponían diariamente ante los ojos de sus contrarios hechos prácticos de mujeres sometidas á la operación, la mayor parte de las veces con éxito completo, algunos casos no tan felices y aun algunos fracasos.

De estos últimos tenían buen cuidado sus contrarios de sacar todo el partido posible, y los otros los desmenuzaban haciendo ver que los casos felices eran tan sólo debidos á que la conformación de la pelvis siendo normal ó casi normal, el parto, aunque laboriosamente, se habría verificado por las solas fuerzas de la naturaleza, ó con alguno de los recursos del arte, pero sin tener que haber intervenido por una operación tan peligrosa como entonces era considerada la Sinfisiotomía.

Viene aquí la multiplicación de hechos emprendidos por los partidarios de la operación con éxito variado.

Describiré con detalles el caso primero en la ciencia (relativo á esta operación), llevado á cabo por M. Sigault, creador de la Sinfisiotomía, y cuyo éxito completo confirmó, tanto á él como á sus partidarios, las esperanzas que habían fundado en la nueva operación. En cuanto á los demás hechos, sólo me contentaré con enunciarlos recordando el nombre de sus autores; no podré, sin embargo, pasar en silencio el célebre hecho de M. Mathüs.

La primera Sinfisiotomía se verificó en una mujer llamada Souchot, cuya pelvis deformada y manifiestamente estrecha había hecho funesto el paso á cuatro

niños que habían muerto, á pesar de todos los procedimientos puestos en práctica para salvarlos. Tocábale su vez al quinto, que indudablemente hubiera corrido la misma suerte más segura aún, puesto que el parto no era de los más fáciles, el niño presentándose por los piés. El forceps necesitaba la extracción del cuerpo para su aplicación, y en una pelvis normal se sabe que es uno de los partos en que los peligros cercan más al niño.

Si ahora se tiene en cuenta que la pelvis de la mujer Souchot era estrecha, se comprenderán los peligros que rodeaban el parto, y por consecuencia la vida del quinto niño. Según las apreciaciones de Sigault, Le Roy, Levret, que midieron la pelvis durante la operación, estimaban el diámetro antero-posterior del estrecho superior en dos pulgadas y media.

La cabeza del niño, cuyos diámetros no se podían sino presumir, y esto contando con una conformación normal, fueron medidos después del parto, encontrándose que el pequeño diámetro ó biparietal tenía tres pulgadas y media. Había, pues, la diferencia de una pulgada entre el más pequeño diámetro de la pelvis y el más pequeño de la cabeza del niño.

Era esta diferencia la que se debía suprimir con la sección de la Sínfisis. Sin embargo, el parto presentó varias dificultades al grado de poner en peligro la vida del niño. Fué á una ingeniosa combinación, según la expresión misma de Le Roy, á la que se debió el éxito.

Consistió en hacer pasar una de las extremidades del diámetro biparietal por la separación que los pubis dejaban entre sí, con lo cual se disminuían los diámetros de la cabeza é indirectamente se aumentaba el diámetro antero-posterior del estrecho superior.

Se logró por fin el paso completo y la expulsión de un niño vivo, el quinto de esta mujer, pues recuérdese que en los cuatro partos anteriores los niños habían muerto siempre á pesar de todos los cuidados.

Un niño vivo, después de cuatro partos malos y una madre sana, tal fué el resultado de la primera Sinfisiotomía hecha por su inventor Sigault.

No fué ésta la única vez que el célebre partero practicase su operación, pues he registrado la historia de otras cuatro mujeres operadas por él con éxito diverso, tanto para las madres como para los hijos.

Como antes he dicho, los casos se multiplicaron de una manera notable, y no haré sino señalar los nombres de sus autores, haciendo especial mención de M. A. le Roy, quien después de Sigault, á cuya estadística numérica iguala, es el que ha obtenido mejores resultados.

Después de Le Roy vienen, M. Cambon, quien en sus observaciones, relata una muy curiosa, relativa á la Sinfisiotomía practicada dos veces en la misma mujer, con éxito para la madre y una vez tan sólo para el producto. M. Damen, cirujano de la Haya, practicó dos veces y en la misma enferma la sección de la Sínfisis con éxito completo para la madre y para los hijos, pues la vida de sus hijos tan sólo le costó algunos dolores. M. Van Damme, cuyo hecho único costó la vida al niño y graves alteraciones en la salud de la madre. M. Verdier Duclos, médico de la Ferté Bernard, cuyo hecho, único también, fué lo mismo, poco feliz. M. Després de Menmeur, cirujano de Saint Paul de Lyon, tiene un caso con muerte del niño y conservación de la madre, pero cuya relación obscura no es completamente admitida.

Vienen por último los casos de M. Siebold, Nagel, Guérard, Bonnard, Duret, Chaussoi, Riolay, Lavaquino, Brodthlag, etc., y el de M. Mathüs, del cual, como había anunciado, me ocuparé un momento.

El hecho de M. Mathüs no es el de la mujer Huguet y que se ha publicado bajo su nombre, pues dicha mujer fué operada por M. Le Roy y la historia clínica publicada, bajo la firma de M. Mathüs, entonces su discípulo.

El caso á que voy á referirme pertenece exclusivamente á M. Mathüs, pues él fué quien operó. La mujer María Rouillé había tenido precedentemente tres partos. El primero naturalmente; en el segundo el niño debió ser sacado por los pies en manos de un cirujano extraño al arte de los partos, según su propia confesión, y en el tercero el niño fué sacado por medio del gancho en manos de un estudiante de Cirujía.

Fué pues durante el cuarto parto y llamado por una partera cuando M. Mathüs se presentó.

Habiendo valuado el diámetro antero-posterior del estrecho superior en dos pulgadas y ocho líneas, determinó que la sección del pubis era el único medio que debía emplear. Apresuróse, pues, á ponerla en práctica con tanta más razón cuanto que se encontraba fuera una asa del cordón umbilical. Había esperado por algún tiempo á M. le Roy y los hermanos Baudelocque llamados á consulta; pero las circunstancias le obligaron á proceder.

Experimentó grandes dificultades; pues habiéndose desviado de la línea vertical de la Síntisis, fuese antes ó después de la sección, el instrumento cayó sobre la rama descendente del pubis derecho que cortó transversalmente un poco abajo de la Sínfisis.

Se comprende la enorme fuerza que se debió haber empleado para producir la sección del hueso; y en efecto, á pesar de los movimientos de sierra impresos al instrumento, los fragmentos de éste quedaron implantados en la pelvis como se comprobó después á la autopsia.

Creyendo concluída la operación M. de Mathüs, introdujo la mano para coger los pies, pero sólo lo logró para el izquierdo, y tirando de él, después de muchos esfuerzos obtuvo la salida del niño.

Al mismo tiempo, los ayudantes separaban los muslos con demasiada fuerza, pues rompieron algunos de los músculos insertados al ísquion y á la rama descendente del pubis. Apenas el niño hubo salido cuando la madre presentó un estado verdaderamente alarmante. Fué atacada de convulsiones ligeras y experimentaba un vivo dolor al nivel de la región lombar y en el muslo izquierdo, dolor que continuó hasta la muerte, acaecida el noveno día después de la operación.

La cabeza del niño tenía tres pulgadas y cuarto en el diámetro biparietal y presentaba huellas del machacamiento sufrido durante su paso á través de la pelvis. Presentaba además una fractura en el muslo derecho y otra en el brazo izquierdo; la primera en la parte media y la segunda al nivel de la inserción del deltoide.

Este niño, cuyo peso era mayor de cinco libras, dió bastantes señales de vida durante el desprendimiento del pie; pero á su salida estaba muerto y las lesiones indicadas lo explicaban suficientemente.

La autopsia de la madre hecha en presencia de varios médicos y cirujanos probó hasta la evidencia que

su muerte era la consecuencia de la operación. Para no insistir en detalles repetiré sin comentarios lo que dice Baudelocque: "los desórdenes eran tales, que á su sola vista M. Mathüs se *sintió malo* y se *desmayó*." Exageración y mucha hay sin duda en el presente caso, así como otros muchos analizados por los enemigos de la Sinfisiotomía, y cuya historia clínica no transcribo por no hacer cansada esta primera parte.

Buscando las estadísticas de los primeros tiempos de la Sinfisiotomía desde Sigault, Le Roy, etc., se nota desde luego, á pesar de la bondad de la operación, un gran número de fracasos; así por ejemplo, las estadísticas de Sigault y Le Roy concerniendo ambas á cinco casos, son en sus resultados, para Sigault, mujeres. cuatro con éxito y un fracaso, niños vivos uno, muertos cuatro.

Para Le Roy, mujeres cuatro con éxito y una muerta, niños cinco y cinco éxitos.

Para M. de Cambon, entre cuyos cuatro casos se encuentra uno curioso, como ya dije, puesto que la mujes hubo de ser operada dos veces, no es más feliz que sur antecesores en cuanto á los resultados. Menos aún lo son los hechos siguientes. ¿A qué causa era debido esto?

La explicación es fácil, pues aunque se debía á un gran número de circunstancias, son todas ellas fáciles de apreciar.

Primero: se trataba de una operación nueva que llegó, permítaseme la frase, á estar de moda; sus partidarios la emprendían á diestra y siniestra, pasando desde luego los límites y las indicaciones señaladas por Sigault, fundador de la operación, y M. Le Roy su ar-

diente partidario, y aun estas indicaciones estaban basadas sobre experiencias poco concluyentes y rechazadas por los Cesarianos.

Fué esta la época de la cruzada científica entre los Cesarianos ó partidarios de la operación Cesárea, y los Sinfisianos ó partidarios de la nueva operación.

Cada partido quería la predominancia de sus doctrinas sobre las de sus contrarios, sin considerar que ambos tenían razón y justicia dentro de los límites é indicaciones relativas á cada una de dichas operaciones, pues ellas constituyen, como hoy está bien establecido, dos operaciones esencialmente diferentes, al grado que una empieza donde la otra acaba, las fronteras estando perfectamente señaladas.

No precisadas entonces las indicaciones, fácilmente se comprende las faltas que se cometían en la práctica de la operación. Y así era en efecto, pues se operaban de Sinfisiotomía, pelvis anchas y pelvis estrechas. pelvis normales y pelvis cuya deformación indicaba la operación Cesárea exclusiva.

Algunas indicaciones fueron sin embargo establecidas, entre otras citaré las de M. Siebold, que se expresa así: "Conforme al resultado de mis experiencias, "creo poder concluir, que un conocimiento exacto del "grado de estrechéz actual de la pelvis, de su propor- "ción con el grueso de la cabeza del niño y del valor "de la amplitud que hay que obtener para un feliz pa- "so, podía volverse un guía infalible para el partero, "quien podría decidirse en todos los casos, al empleo "necesario y absoluto de uno de los tres medios indi- "cados á exclusión de los otros dos, á saber: para seis "líneas ó menos el forceps de M. Levret; de seis á diez

"y ocho y aun veinte, la sección del pubis, y más allá "de este término la operación Cesárea."

A estas indicaciones, tan vagamente formadas y de ninguna manera seguidas, se debieron la mayor parte de los resultados fatales que hubo en aquel tiempo.

Al mismo tiempo también habría que culpar el abandono de los operadores, pues llevaban su descuído al grado de cortar los huesos pubis en lugar de su sínfisis que creían dividir.

Por último y punto capital, la antisepsia, verdadero progreso de la cirugía, les era totalmente desconocida, y de allí esos grandes descalabros con gangrena de los tejidos y muerte de las enfermas, por una operación que, hoy por hoy, se hace en blanco y sin ningún peligro, obteniendo la reunión de la herida por primera intención.

Sin embargo, los fracasos ya citados, unidos á la grande autoridad de Baudelocque, jefe entonces de la Escuela Francesa y enemigo declarado de la Sinfisiotomía, hicieron que esta decayera poco á poco hasta desaparecer completamente de Francia.

Empero no abandonó la Europa, pues pasando los Alpes fué á renacer á Italia, más floreciente que á su nacimiento. La Escuela Italiana, á cuyo frente se encuentran Novi, Morisani etc., ha estudiado la operación con empeño, marcando sus límites, señalando sus indicaciones y cubriéndola con el manto benéfico de la antisepsia, ha hecho de la Sinfisiotomía una operación á la par que brillante, fácil é inofensiva.

Así ha sido llevada á Francia por Spinelli, uno de sus ardientes partidarios de hoy; comprendida y acogida con gusto por los franceses, presentada con ver-

dadero entusiasmo por Charpentier á la Academia de Medicina y elogiada con calor por Pinard en sus discursos, quien no ha podido menos de recordar con orgullo que la Sinfisiotomía, como Sigault, su fundador, son hijos de la Francia.

Débese, sin embargo, á la Escuela Italiana, el mérito de haber precisado bien sus indicaciones, señalado matemáticamente sus límites y más que teóricamente de una manera experimental práctica.

Han hecho, pues, de la antigua Sinfisiotomía tanto tiempo olvidada, la operación más sencilla, benéfica é inofensiva, procurando con ella la vida del niño, al mismo tiempo que se respeta la salud preciosa de la madre.

MANUAL OPERATORIO.

Llegado el momento de intervenir y puesta la mujer en postura toconómica se procede á la operación.

El aparato instrumental es demasiado sencillo: un bisturí común, bastante fuerte; un bisturí recto abototonado, los parteros italianos lo prefieren curvo (falceto de Galbiati); una sonda de mujer; una fuerte sonda con placa para proteger el canal de la uretra, dado caso que se prefiriese su uso al del dedo llevado detrás de la Sínfisis púbica; pinzas hemostáticas, y todos los preparativos comunes á la mayor parte de las operaciones quirúrgicas en unión de aquellos reclamados por por los partos laboriosos.

Para proceder con orden á la exposición de los diversos métodos y procedimientos operatorios de la Sinfisiotomía, describiré, siguiendo el sistema de Bouchacourt, primero: la operación antigua ú operación de Sigault, con sus modernos perfeccionamientos, después el método subcutáneo, con los procedimientos que se le refieren, Pubiotomía, Pubiotomía-subperióstica, etc., etc. En fin, la operación tal como hoy se practica.

1º Método antiguo, llamado de Sigault, adoptado

por A. le Roy y generalmente seguido por los cirujanos del siglo pasado hasta nuestros días, con algunas ligeras modificaciones; consiste en cortar la piel, la grasa, los tejidos aponeuróticos y las capas ligamentosas superficiales de la articulación pélvica.

Esta es atacada de adelante á atrás hasta caer en el espacio conocido con el nombre de cavidad prevesical de Retzius, situado, como lo indica su nombre, delante de la cara anterior de la vejiga y cuyo órgano es preciso esforzarse en respetar.

Hé aquí la manera de proceder: la enferma cloroformizada (lo que favorece un examen atento y último del estado de la pelvis, de la situación y encaje de la parte que se presenta de la marcha del trabajo, etc.), es puesta en postura toconómica, las nalgas ligeramente levantadas, la vejiga vaciada por una sonda con la cual se empujará la uretra tanto como sea posible abajo y atrás. El monte de Vénus previamente rasurado y desinfectado así como toda la región en que se va á operar.

El cirujano, colocado á la derecha de la parturienta, se asegurará de la saliente de las espinas púbicas, entre las cuales está el espacio interarticular; debe precisar el origen y la dirección, en caso de necesidad lo marcará con tinta.

Hecho esto, con un fuerte escalpelo hará la incisión de la piel comenzando tres centímetros arriba del pubis y terminando dos centímetros abajo, evitará el canal de la uretra, que, como dije, un ayudante se encargará de llevar abajo, y á la derecha por medio de la sonda ó el cateter, dejado á permanencia durante la operación.

Es en el momento de terminar la incisión á su parte inferior, que está indicado desprender la raíz izquierda del clítoris en toda su extensión rasando la superficie huesosa á la cual se inserta, para separarla al lado derecho y prevenir atirantamientos, desprendimientos dolorosos ó una desgarradura irregular, dado caso que la separación fuese llevada demasiado lejos. Importa también desprender arriba, abajo y á los lados las inserciones de la línea blanca, de los músculos piramidales y los más pequeños hacecillos aponeuróticos que opondrían, aunque débil, un obstáculo á la separación de los pubis.

Si algún vaso arterial ó venoso (y estos últimos son numerosos en la cercanía del cuello de la vejiga) diere sangre, es preciso colocar al momento pinzas hemostáticas en número suficiente, pero procurar por todos los medios posibles, desprender cuidadosamente los huesos de sus conecciones inter-articulares y periféricas.

El método de Sigault comprende el procedimiento descrito por Lescure, bajo el nombre de A. le Roy, y es el siguiente:

Procedimiento de A. le Roy. Consiste en hacer primero una incisión de dos á tres centímetros de longitud para descubrir la interlignia articular y las primeras capas del ligamento anterior, del cual se corta la tercera parte del espesor.

Hecho esto, el operador termina la incisión de la piel como en el método de Sigault.

Llevando entonces el bisturí sobre la parte de cartílago que había principiado á cortar, continúa su sección con mucha lentitud y tanteos, con el fin, se decía,

de prevenir más seguramente la penetración del aire (?).

El procedimiento, según el juicio de Bouchacourt, tendría la ventaja de preparar y facilitar la separación de las superficies articulares, evitando en el momento de la separación la desgarradura de los tejidos fibroso muscular y vascular de cercanía.

Tendría también por resultado poner más claramente á descubierto la interlignia articular y facilitar por lo mismo la sección, con menos temor de equivocarse. Se había aconsejado hacer la incisión de los tejidos articulares y penetrar en la articulación por su cara posterior con objeto de cuidar seguramente la vejiga.

Este consejo raramente seguido antes, es conservado por el método que se conoce con el nombre de subcutáneo, y del cual voy á ocuparme á continuación.

2º Método subcutáneo. Imbert, cirujano en jefe de la Maternidad de Lyon, practicó por primera vez la Sinfisiotomía por este método, el cual fué cuidadosamente descrito por Faure Biguet, su discípulo, en su tesis inaugural. (Núm. 233. Thèse de Paris, 1834).

Se ha sabido después que este método era conocido desde hacía largo tiempo, y según Petrequin, Aitken, cirujano de Edimburgo (1786) y un partero español de Utrera, en Andalucía (1780), habían tenido la misma idea y la habían puesto en práctica, cerca de medio siglo antes que los trabajos de Jules Guérin, quien creó y designó el método por un nombre que se le ha quedado. Como quiera que sea, este método es el casi generalmente adoptado sobre todo en Italia, en donde la Sinfisiotomía, según la expresión de Bouchacourt, ha establecido su cuartel general.

Este método comprende varios procedimientos, todos teniendo el mismo punto objetivo, á saber: cortar la Sínfisis bajo la piel no atacándola sino por medio de una punción subcutánea, ó más exactamente en el procedimiento de Imbert, por una incisión submucosa. Hé aquí según Petrequin y Faure-Biguet la manera de proceder: La mujer es colocada sobre el borde de la cama, las nalgas convenientemente levantadas como para la talla subpúbica; dos ayudantes mantienen los muslos doblados y ligeramente separados; se introduce una sonda en la vejiga para evacuar la orina y hacer la viscera menos accesible al instrumento cortante, se la confía á un ayudante que debe rechazar el canal de la uretra del lado opuesto al de la incisión, para substraerlo también á la acción del bisturí.

El operador se coloca entónces entre los muslos de la paciente, separa los grandes labios con el índice y pulgar izquierdos de manera de tender la mucosa del vestíbulo que adquiere por la depresión de la uretra hasta cerca de tres centímetros de altura; lleva entonces la punta del bisturí abajo y atrás de la Sínfisis, y dirigiéndola arriba y delante corta de atrás adelante las partes blandas y el cartilago interarticular. Los tegumentos quedan intactos. Nada más expedito que este modo de Sinfisiotomía, pues según Petrequin bastan sólo dos minutos para su ejecución.

En este procedimiento no se hace el desprendimiento de la raíz izquierda del clítoris, que debe necesariamente ser restirada y aun desgarrada en el momento de la separación de los pubis. Quizá suceda lo mismo con la pared vaginal anterior y con la parte correspondiente del orificio vulvar. Bouchacourt considera como

inevitables las desgarraduras de las partes blandas vecinas á la articulación, haciendo la Sinfisiotomía por el procedimiento clásico de Imbert.

Por otra parte, la posición adoptada por los parteros durante la operación es muy variable.

Piccinini en un caso (1874), hizo colocar á la mujer sobre un plano fuertemente inclinado atrás, como para la operación de la litotricia; la pelvis reposando sobre un cojín grueso y duro, la cabeza ocupando la parte de declive. "Se comprende, dice, que en esta posición el "peso del feto, cesando de comprimir sobre el pubis, "las maniobras operatorias serán considerablemente "facilitadas." Además, comenzó su incisión al exterior inmediatamente arriba del clítoris, hizo caminar de abajo hacia arriba y bajo la piel un tenótomo ligeramente curvo, con el cual el fibro-cartilago interarticular y los ligamentos anteriores fueron divididos de adelante hacia atrás y de arriba hacia abajo. En Italia, como lo veremos después, comienzan la punción exterior en el centro de una pequeña incisión transversal colocada á tres centímetros encima del pubis, con la pequeña hoz ó falceta de Galbiati, que hacen caminar bajo la piel y operan la sección del aparato ligamentoso de la articulación de abajo hacia arriba, comenzando por el ligamento triangular subpúbico.

A este respecto haré observar que Torngreen es de opinión que siempre se corte este ligamento, y no que solamente se desprenda como lo quiere Leopold; pues dice que no habiéndolo hecho en uno de los dos casos que le pertenecen, el ligamento se desgarró en el momento de la separación de los pubis, arrastrando consigo algunas partes blandas.

El procedimiento de Carbonai se deriva del mismo método (1841); hé aquí como lo describe: el cirujano hará á tres centímetros encima del pubis una pequeña incisión transversal, comprendiendo la piel; introducirá por ahí de arriba hacia abajo sobre la línea media y siguiendo la dirección de la Sínfisis, un bisturí recto muy delgado y fijo al mango; llevará en seguida el instrumento bajo la piel hasta que su extremidad llegue al nivel de la parte inferior de la Sínfisis, y aplicando entonces el cortante contra los ligamentos, operará la sección imprimiendo al instrumento ligeros movimientos de sierra.

A pesar de que voluntariamente no vaciaba la vejiga ni separaba la uretra con la sonda, jamás le aconteció herir estos órganos.

Los procedimientos de Piccinini, Carbonaï, y otros, merecen realmente el nombre de subcutáneos, no así el de Imbert, que más bien le correspondería el nombre de submucoso. Algunos autores consideran este último como superior á los anteriores, pues dicen que la incisión siendo hecha en la parte declive, favorece el escurrimiento de los líquidos; que no sucede lo mismo en los otros, en los cuales la incisión, siendo hecha muy arriba, quedaría un fondo de saco difícil de asear. Creo que con la antisepsia y la moderna canalización queda esto perfectamente subsanado, en ventaja de los procedimientos propiamente subcutáneos.

3º Sinfisiotomía con sección huesosa; pubiotomía, propiamente dicha. La operación hecha en la continuidad de los pubis es lo que constituye el método del cual me voy á ocupar. Consiste en aserrar el hueso cerca de la articulación respetando esta última. Gal-

biati y Cattolica (Nápoles 1836 y 1841), Champión y Stoltz (1844), practicaron esta operación la mayor parte de las veces sin éxito.

Se cortaban las partes blandas hasta descubrir el hueso, se aserraba con una pequeña sierra de mano ó articulada la rama horizontal del pubis, después la rama descendente, y aun se recurría algunas veces á la Sinfisiotomía propiamente dicha.

Me parece conveniente referir aquí un caso de Galbiati, en el cual este cirujano cortó ambos pubis, caso único en su especie y al cual Velpeau llamó con justicia la bipubiotomía.

Procedimiento de Stoltz. Hé aquí el procedimiento del notable partero de Strasbourg descrito la primera vez por uno de sus discípulos, A. Lacour, en su Tesis inaugural (Paris 1844). "Practíquese un ojal en el " monte de Vénus previamente rasurado, en el punto " correspondiente á la cresta púbica, á derecha ó iz- " quierda de la Sínfisis; pásese por esta abertura una " aguja larga ligeramente curva, á la cual se fijará la " sierra de cadena; después deslícese la aguja á lo lar- " go de la cara posterior del pubis, rasando el hueso, y " hágase salir su punta al lado del clítoris entre uno " de los cuerpos cavernosos y la rama descendente del " pubis. Cuando la aguja ha arrastrado la sierra se " adapta el puño, después se la tiende ligeramente en- " tre las dos manos, y algunos movimientos de vaivén " bastan para dividir el pubis."

Es el procedimiento de Galbiati aplicado al método subcutáneo, y que desde este momento pierde toda la gravedad que tenía en el primer caso.

Después de esta operación no se hacía sutura hue-

sosa, tan sólo se ponía á las operadas vendajes especiales (de resorte) en forma de bragueros, ó simplemente un vendaje enyesado ó una espica doble de ingle, hecha bastante sólida por medio de una solución silicatada.

4º Sinfisiotomía ó pubiotomía subperióstica. Las operaciones subperiósticas reemplazando á las operaciones subcutáneas, han beneficiado á la Sinfisiotomía por este medio en manos de algunos cirujanos y especialmente entre las del profesor Cristoforis (Nápoles).

Se ha ido demasiado lejos; pues con este nombre sencillo se ha bautizado una operación realmente grave, y cuyas dificultades en el manual operatorio son abundantes. La operación consiste en desprender toda la parte anterior, ó una porción más ó menos extensa de esta región pélvica según el grado de la estenosis, con la esperanza de producir un ensanchamiento en el canal estrecho, y después del parto, su reconstitución en condiciones de solidez y amplitud normales, sin perjuicio de la estación ni de los movimientos en los miembros inferiores.

5º Sinfisiotomía preventiva. Idea ingeniosa emitida por Ollier (1854). Esta operación consistiría en dividir la Sínfisis durante la preñez, en caso de que el estrechamiento pélvico pudiese poner obstáculo al parto á término. Ollier pretendía que se favoreciese la cicatrización huesosa con una separación que estuviese en relación con el grado de estenosis previamente reconocido de manera de preparar al feto para el momento de su salida, una pelvis bien conformada, suficientemente amplia y ya consolidada.

Esto constituiría la Sinfisiotomía prematura ó preventiva, por analogía con el parto prematuro, artificial ó preventivo. El método escogido por el autor de este proyecto de operación habría sido, dado el caso de ponerla en práctica, el método subcutáneo.

Después de esta ligera reseña de los procedimientos usados para la ejecución de la Sinfisiotomía, voy á ocuparme, por último, de los que actualmente están en práctica para ejecutar dicha operación en Francia, y principalmente en Italia, que es donde la Sinfisiotomía está obteniendo los mejores resultados. Desde luego haré notar, que desde el punto de vista del manual operatorio, las Escuelas Francesa é Italiana difieren de una manera capital; pues mientras que en Italia es la regla atacar la Sínfisis por su cara posterior, no acontece así en Francia donde se abre la articulación por su cara anterior.

Describiré pues, primero, la manera de proceder en Francia conforme á Pinard, que habiendo visto operar á Spinelli, (quien repitió en el cadáver la operación tal como se practica en Nápoles, durante su paso por Paris), cree que el manual operatorio puede ser simplificado y hecho más fácil y seguro, por lo cual en la mayoría de los casos la Sinfisiotomía será fácil; que se puede cortar la Sínfisis sin peligro de herir la vejiga ó el peritoneo, y que no se necesita tener á su disposición un aparato instrumental complicado. No rechaza los diversos osteotomos empleados ordinariamente, cree prudente tenerlos á disposición; pero asegura que el simple bisturí de lámina corta, sólido y muy delgado basta, y aun sería preferible en el mayor número de casos.

Hé aquí como procede: Después de rasurar el pubis y desinfectada convenientemente la región, así como los instrumentos quirúrgicos y obstétricos, se coloca á la mujer en el decúbito dorsal perfecto al borde de una cama de altura moderada, á fin de poder dominar la región, la vista cayendo á pico sobre la línea media que se trata de cortar.

El operador se coloca á la derecha de la paciente y bastante aproximado de ella. Con una cuerda y tinta se marca en caso de necesidad la línea media externo-clitorídea, se corta en seguida atentamente la piel y la grasa pre-púbicas sobre esta línea, teniendo el bisturí inclinado y marchando rigurosamente en el plano vertical medio. Una incisión de ocho á diez centímetros parece suficiente, terminará encima del clítoris y sólo á este nivel se desviará ligeramente para respetar este organo y sus vasos.

Se separan entonces los músculos rectos en la parte superior de la herida, para permitir al dedo entrar en la cavidad pre-visical y proteger la vejiga. Búsquese en este momento la interlignea articular, córtese la Sínfisis de arriba hacia abajo y de adelante hacia atrás, por varios golpes de bisturí. Una vez cortada, los pubis se separan por sí solos; en caso de necesidad, se solicitará esta separación por dos ayudantes obrando sobre los muslos. El ligamento sub-púbico déjese para el fin, y llévese ahí el bisturí con mucha reserva y aun ensáyese primero forzarlo con el dedo. Ya he dicho que Leopold es de la misma opinión, y no así Torngreen, que prefiere cortarlo desde luego para evitar su desgarradura y las consecuencias que trae. Asegúrese de la separación de la Sínfisis haciendo pasar á volun-

tad el dedo entre ambos pubis y en toda su altura. Investígese si nada queda por cortar, y que pudiese poner un obstáculo al paso del feto con peligro de su vida, dada las violencias que habría necesidad de ejercer. Compruébese, por último, que los pubis pueden separarse de cuatro á seis centímetros. Después de haber verificado todos estos resultados, así como también que los ligamentos anteriores sacro–iliacos permiten una separación notable, llénese y cúbrase la herida antisépticamente (curación provisional) y según la expresión misma de Pinard, transfórmese el cirujano en partero.

Es esta, en resúmen, la manera de proceder en Francia según el profesor Pinard.

Me ocuparé ahora de la técnica operatoria conforme á la Escuela Italiana, ó hablando propiamente, la Escuela Napolitana. El procedimiento de Novi, tal como lo describe en su Memoria de 81, es el siguiente: El operador se coloca entre los muslos de la enferma; hace con un bisturí convexo y sobre la línea media una incisión longitudinal, partiendo de un centímetro encima del pubis y con una extensión de tres centímetros dividiendo todas las partes blandas hasta la Sínfisis. Busca entonces, con el índice izquierdo sobre el borde superior del pubis, la pequeña depresión que corresponde á la unión de los dos huesos, y la pone á descubierto con la ayuda de un bisturí abotonado. Hecho esto y descubierto el borde superior de la Sínfisis, introduce un bisturí cóncavo á este nivel y lo hace deslizar á lo largo de la cara posterior, hasta la extremidad inferior de la articulación. Volteando entonces el mango de manera que la concavidad cortante del instrumento corresponda al borde inferior de la Sínfisis, tráigasele

de abajo hacia arriba seccionando los ligamentos y el cartílago interarticular. Un chasquido especial, la falta de resistencia y la separación de los pubis, indican que la operación está acabada.

El parto terminado, se ponen los huesos en contacto, se sutura la herida, y se aplica una doble espica de ingle, tanto para obtener la inmovilidad completa de la pelvis como para mantener la curación.

La operada se pondrá en su cama en reposo absoluto; se curará la herida dos veces por día; y sólo se permitirá á la mujer levantarse al cabo de cuarenta ó cincuenta días, época en que generalmente la consolidación es completa. Este procedimiento, así como el de Morisani, del que voy á ocuparme luego, y todos los procedimientos italianos difieren muy poco.

El punto capital consiste en que los parteros italianos proceden atacando la Sínfisis de atrás hacia adelante y de abajo hácia arriba, sin preocuparse de cortar las inserciones de los músculos rectos, y sin temor de herir el clítoris y sus vasos. El único punto delicado para ellos es el desprendimiento de los tejidos retropúbicos; los unos como Novi, se limitan á hacer deslizar el bisturí entre la Sínfisis y estos tejidos; otros como Morisani y sus discípulos (y lo veremos á continuación), desprenden estos tejidos con el dedo el cual sirve de conductor al bisturí. Algunos operadores italianos atacan la Sínfisis de adelante á atrás como en Francia, pero son la excepción, la generalidad haciéndolo de atrás á adelante y de abajo hácia arriba.

Procedimiento de Morisani. La mujer se coloca sobre el borde de la cama en la posición clásica y dormida. El operador se coloca delante. Habiendo desin-

fectado cuidadosamente las partes genitales y rasurado el hipogastrio, se introduce en la vejiga una sonda de mujer; después á unos dos centímetros del borde superior de la Sínfisis se hace una incisión vertical de dos á tres centímetros de largo; los tejidos son cortados hasta que se llega al borde superior de la articulación; se desprenden los tejidos retro–púbicos rasando la cara posterior de la Sínfisis, y por esta vía se introduce bajo la salvaguardia del dedo, el instrumento, que no es otro sino la pequeña hoz ó falceta de Galbiati (especie de bisturí fuerte, abotonado y curvo sobre el filo).

El botón pasará el borde inferior de la Sínfisis sobre el cual se apoyará el filo curvo del instrumento; en seguida con un movimiento de elevación y de inclinación adelante del mango, la articulación será dividida de abajo hacia arriba y de atrás á adelante.

Añadiré por mi parte, dice Morisani, que no siempre he empleado la falceta para dividir la articulación; más de una vez me he servido de un bisturí abotonado, de lámina corta y resistente, atacando la articulación por su cara anterior. Recurrí por primera vez á este procedimiento con motivo de un accidente acaecido en medio de una operación: la falceta se quebró en el momento que comenzaba la sección de la Sínfisis: la operación fué por otra parte acabada sin dificultad y sin inconveniente.

Cuando se ha hecho la sección de la Sínfisis y que las contracciones uterinas son suficientemente enérgicas y eficaces, abandónese el parto á la naturaleza; en caso contrario, hágase la extracción con el forceps, teniendo cuidado de ejercer una presión moderada sobre los trocanteres durante la tracción, para evitar una brusca separación de los iliacos.

Una vez el parto terminado. límpiese la herida, hágase la hemostasia y lavados antisépticos y aplíquese una sutura de puntos separados.

Algunas modificaciones han sido hechas á este procedimiento, pero en realidad son poco importantes.

El Dr. Mancusi, antiguo asistente á la clínica de Morisani, propuso en la última sesión del Congreso de Obstetricia y Ginecología substituir á la falceta un escalpelo con dos guías protectores, á fin de atacar la articulación de arriba á abajo de una manera que cree á la vez fácil y segura.

Recientemente el Dr. Spinelli ha ideado un ingenioso instrumento que ha hecho construir por la casa Mathieu, de Paris. La descripción de este aparato, cuyo conocimiento debo al Sr. Dr. M. Gutiérrez, quien bondadosamente me lo ha facilitado, es la siguiente: compónese de un tallo de acero niquelado terminado en dos puntas romas entre las cuales se encuentra una lámina cortante de sección oblicua. El tallo está dividido en centímetros, y una corredera de aletas con tornillo, permite limitar el descenso de la lámina cortante á la altura que se quiera. sin peligro para los vasos y el clítoris.

La anchura del tallo está calculada sobre el espesor de la Sínfisis. y tres modelos representan las diferentes medias de este espesor. El tallo se termina superiormente por un tornillo al cual se adapta un mango igualmente de acero niquelado.

El manejo del instrumento es demasiado simple.

Hágase la incisión supra y pre–púbica; colóquese el aparato á caballo sobre la Sínfisis, la lámina cortante inmediatamente encima del punto de separación de los

huesos por el cartílago inter-púbico, una vez la altura de la Sínfisis tomada y fija la corredera de acero en el punto necesario.

Basta entonces dar un golpe vigoroso sobre la extremidad del mango, para seccionar de un golpe y sin peligro el cartílago inter-púbico, y asegurar de este modo la separación de la Sínfisis.

—

RESULTADOS DE LA OPERACION.

Los resultados de la Sinfisiotomía antiséptica no pueden ser más satisfactorios, si se atiende á las estadísticas recogidas sobre todo en la Escuela Italiana y principal, sino exclusivamente, en la Escuela Napolitana.

La Escuela Francesa cuenta, aunque pocos, algunos casos.

Los resultados han sido siempre satisfactorios para las madres; y en cuanto á los niños, el poco peligro á que pueden estar expuestos no depende de la Sinfisiotomía, en sí, es decir como operación, sino de las maniobras de extracción á las cuales se recurre algunas veces.

Esta inmensa ventaja que no data sino de pocos años, débese al profesor de la Clínica de Partos en Nápoles, Morisani, quien ha formulado, fijado y defendido las indicaciones racionales de la operación.

Valioso es sin duda el contingente que la antisepsia ha prestado para obtener estos brillantes resultados. La estadística más completa es sin duda la de Morisani, pues abraza un espacio de tiempo que principian-

do en el mes de Octubre del año de 1777, época de la primera operación por Sigault, termina en 1º de Enero del año de 1892.

Abraza por tal razón las dos buenas estadísticas de Novi, partero de la Maternidad del Grande Hospital de los Incurables, en Nápoles, y las cuales comprenden:

La primera un número de 27 casos, una enferma habiendo sido operada dos veces.

El tiempo de esta primera estadística abrazando del 1º de Enero de 1868 al 26 de Septiembre de 1872.

La segunda, que va del 1º de Octubre de 1872 al 5 de Diciembre de 1880, comprende el mismo número de casos y con mayores resultados.

Pero como antes había dicho, estas estadísticas quedan comprendidas dentro de la estadística general de Morisani, el cual la dividió en tres grandes períodos.

El primero que comprendía el período preantiséptico y el cual tiene tan sólo un interés puramente histórico. He hablado ya de algunos casos en la primera parte de este trabajo.

El segundo, que comprende el establecimiento de la antisepsia, y el tercero el pleno período antiséptico.

De las estadísticas correspondientes á estos períodos me ocuparé únicamente subdiviéndolas con Charpentier en varios grupos, según el tamaño del diámetro antero–posterior, del estrecho superior tomado como punto de referencia.

La primera estadística, que abarca del año de 1777 al de 1788, comprende 80 casos, los que Charpentier subdivide en 5 grupos.

1.er grupo. Pelvis cuyo diámetro A P tiene un máximo de $0^{m}083$ milímetros y un mínimo de $0^{m}067$ mi-

límetros, cuyo mínimo cuenta 18 casos, por sí solo, con el resultado siguiente: Madres curadas 10, muertas 8. Niños vivos 11, de los cuales 3 murieron poco después, y 8 muertos.

La cifra de los niños es de 19 porque una de las operadas tuvo gemelos. En cuanto á los 8 muertos 5 lo estaban antes del parto. Los demás casos comprendidos en este grupo corresponden á medidas intermedias entre el máximo y mínimo fijado; son variables en cuanto al número de operadas, así como también en los resultados, tanto para las madres como para los productos; advirtiendo que estos últimos en algunos casos estaban muertos antes de la operación.

2º grupo. Pelvis cuyo diámetro A P tiene un máximo de $0^{m}065$ milímetros y un mínimo de $0^{m}063$ milímetros; comprende 4 casos con un solo éxito respecto á las madres y 3 para los niños; el cuarto estaba muerto ántes del parto.

Y aun de los 3 niños vivos uno murió poco después y el otro 48 horas más tarde.

3er. grupo. Pelvis cuyo diámetro A P tiene un máximo de $0^{m}061$ milímetros y un mínimo de $0^{m}044$.

En el máximo se presentaron 11 casos: Madres curadas 8, muertas 3. Niños vivos 7, muertos 4.

De los 7 vivos, 2 murieron poco después.

El mínimo cuenta un caso con éxito para la madre y no para el niño. Para los otros casos se tendrá en cuenta el mismo resultado que en el primer grupo.

4º grupo. Comprende 2 casos de pelvis estrechadas en el estrecho inferior, cuyos resultados son una madre viva y una muerta, 2 niños muertos.

5º grupo y último. Comprende 18 casos cuyo estre-

chamiento pélvico no fué señalado, con 16 éxitos y 2 muertes respecto á las madres; y en cuanto á los niños 12 muertos y 6 vivos, uno de los primeros estándolo antes del parto.

Las principales causas de muerte eran la endocarditis infecciosa y la peritonitis. En cuanto á los accidentes, eran en general la incontinencia de orina, raros casos de fístulas, y más raros aún de prolapsus uterino.

Las presentaciones han sido de vértice tan sólo en 18 casos, los demás afectando irregularmente todas las presentaciones y posiciones conocidas.

Hay que añadir, por último, que debe tenerse en cuenta para la mejor apreciación de esta estadística, las maniobras que se ejecutaban antes y después de la Sinfisiotomía, para lograr la extracción del producto, y que no contribuían poco al mal resultado de la operación.

Estas maniobras consistían, la mayor parte de las veces, en aplicaciones de forceps. Recurríase sin embargo á la versión, al gancho agudo y hasta á la craneotomía. Si reunimos á estas circunstancias muy importantes, el hecho de que la antisepsia era enteramente desconocida, se comprenderá el rudo ataque que la Sinfisiotomía sufrió de parte de los Cesarianos, quienes aseguraban que cuando menos la operación Cesárea salvaba la mayoría de los niños.

Hé aquí un resumen completo de la primera estadística de Morisani. Como al principio he anotado, comprende 80 Sinfisiotomías con los siguientes resultados: Madres vivas 52; muertas 20; suerte desconocida 8. Niños vivos 33, pero de estos 10 murieron poco

después; muertos 45; suerte desconocida 3. He advertido ya que uno de los embarazos era gemelar. Mortalidad materna, 31.25 por ciento. Mortalidad infantil, 51.85 por ciento, que se eleva á 67.90 por ciento, teniendo en cuenta los 10 niños que aunque nacidos con vida murieron poco después del nacimiento. Hé ahí sin comentarios la grande falta de la antisepsia.

La segunda estadística de Morisani va del año 1866 al de 1880. Cuenta 50 casos que, como los de la primera, Charpentier los arregla conforme á las dimensiones del diámetro A P del estrecho superior. Hay un máximo de 0^m081 milímetros que cuenta 13 casos con 12 éxitos para la madre y un solo fracaso. En cuanto á los niños, 9 vivos por 4 muertos. El mínimo es de 0^m061 milímetros. Para las pelvis de 0^m074 milímetros se cuentan 15 casos, con los resultados siguientes: Madres curadas 11; muertas 4. Niños vivos 13; muertos 2.

Para las pelvis de 0^m067 milímetros se cuentan igualmente 15 casos con idénticos resultados.

El niño se ha presentado el mayor número de veces (43) por el vértice. Observaré aún que una buena parte de estas operaciones han sido practicadas antes de la llegada de la antisepsia.

Nótese que en esta segunda estadística el estrechamiento mínimo ha sido de 0^m061 milímetros, mientras que en la primera hemos alcanzado casos de estrechez de 0^m045 milímetros y 0^m044 milímetros, así como casos de pelvis estrechadas en el estrecho inferior, y aun un número de casos en los cuales el estrechamiento no era conocido. Reasumiendo, como en la anterior, tendremos 50 Sinfisiotomías con los resultados siguien-

tes: Madres curadas 41; muertas 9. Niños vivos 41; muertos 9. Mortalidad materna 18 por ciento; mortalidad infantil 18 por ciento.

Comparando esta segunda estadística con la primera, se ve que á pesar de que una parte de las operaciones ha sido hecha antes de la llegada de la éra antiséptica, como ya he dicho, los resultados para la otra parte fueron plenamente satisfactorios, pues la mortalidad materna cayó á la mitad de lo que antes causaba, conforme á la primera estadística, y la mortalidad infantil disminuyó cerca de los dos tercios, beneficiadas ambas por la aplicación racional y benéfica de los principios antisépticos.

La tercera estadística de Morisani va del año de 1881 al de 1886. Comprende 18 casos, todos tratados ya por la antisepsia más rigurosa, pues es la época en que comenzaba á ser aplicada en todo su rigor y, cosa asombrosa, el resultado fué mucho ménos favorable.

Débese sin duda al género de sus estrechamientos causados por la Osteomalacia, la Espindilolistesis y los tumores pélvicos, condiciones sin duda nada favorables al buen éxito de la operación.

Con Charpentier arreglaré aún esta tercera estadística como las anteriores, conforme al tamaño del diámetro A P del estrecho superior, tomado como punto de referencia.

Estos 18 casos, teniendo en cuenta el grado de estrechamiento, se subdividen en:

1er. grupo. Pelvis cuyo diámetro antero-posterior tiene una dimensión de $0^{m}081$ milímetros. Comprende 7 casos con el siguiente resultado: Madres curadas 4; muertas 3. Niños vivos 5; muertos 2.

2º grupo. Pelvis cuyo estrechamiento alcanza $0^{m}074$ milímetros. Comprende 5 casos con el siguiente resultado: Madres curadas 3; muertas 2. Niños vivos 4; muertos 1.

3er. grupo. Pelvis de diámetro A P alcanzando $0^{m}067$ milímetros. Comprende 3 casos, cuyo resultado fué: Madres curadas 3. Niños vivos 2; muerto 1, el cual lo estaba antes de la verificación del parto.

4º grupo. Comprende los casos de pelvis estrechas por las causas que ya señalamos y las cuales fueron de resultados variables, pero en general funestos para la madre y el producto.

Reasumiendo esta tercera estadística tendremos: operadas 18. Madres curadas 11; muertas 7. Niños vivos 13; muertos 5. Mortalidad materna 38.88 por ciento. Mortalidad infantil 27.77 por ciento. Resultado que, como había anunciado, es muy inferior al de la segunda estadística.

He dicho cual era en mi concepto la causa de este mal éxito, á pesar de las buenas condiciones de medio en el cual se operaron estos casos.

Las estadísticas francesas son infinitamente menores y no las conozco si acaso existen coleccionadas.

Tengo á la vista los trabajos de Pinard, el que cuenta tan sólo 3 casos, en los cuales el resultado ha sido satisfactorio para dos de las operadas, pues tan sólo en una de ellas ha sobrevenido una hemorragia bastante seria para complicar la operación, pero la cual se terminó por otra parte sin inconveniente, obviada esta dificultad.

El resultado para los niños no es menos favorable, pues todos nacieron con vida, y aunque uno murió

tres días después, esto no debe tenerse en cuenta desde el punto de vista del buen resultado de la operación.

El Sr. D. M. Gutiérrez en su trabajo leído en la Academia de Medicina, hace mención de un hecho perteneciente al Dr. Porak, cuyos pormenores me son absolutamente desconocidos.

La moderna estadística pertenece al Dr. Spinelli, asistente del Profesor Morisani en la Clínica de Partos de la Facultad. Comprende 24 casos, de los cuales la mitad corresponden al Profesor Morisani, quien los ha practicado en la Clínica de la Facultad; 5 al Dr. Novi y sus asistentes, practicados en la Maternidad del Grande Hospital de los Incurables, y 7 á Spinelli, Mancusi, etc., y practicados en la población.

Como para las anteriores estadísticas consideraremos estos casos con relación al diámetro A P tomado como punto de referencia; así pues, el diámetro A P del estrecho superior tenía en estos 24 casos un máximo de $0^{m}090$ milímetros y un mínimo de $0^{m}063$ milímetros.

Advertiré que en 3 casos la operación fué ejecutada dos veces en la misma mujer.

En un caso el diámetro antero-posterior medía $0^{m}078$ milímetros; la mujer fué operada con felicidad y el niño fué extraído vivo.

Segundo parto, segunda operación con igual feliz resultado.

Otro tanto aconteció en pelvis cuyo diámetro A P media $0^{m}075$ y $0^{m}070$ milímetros respectivamente. En esta última estadística las pelvis que dieron mayor contingente fueron aquellas cuyo estrechamiento alcanzaba $0^{m}070$ milímetros, pues se contaron 9 casos in-

cluso una de las operadas que, como antes dije, sufrió la operación dos veces.

Reasumiendo esta última estadística, se ve que en estas 24 mujeres operadas, de las cuales 3 han sufrido la operación dos veces, se ha obtenido el resultado siguiente: Mujeres operadas 24; salvadas 24. Niños vivos 24, uno murió, es verdad, pero fué al cabo de 12 horas. Mortalidad materna 0 por ciento. Mortalidad infantil 0 por ciento.

Este último y brillante resultado es más elocuente que cuanto pudiera decirse de una operación que con razón goza hoy la fama de racional y humanitaria.

Y no podría ser de otra manera, pues comparando esta última estadística con cualquiera de las que conocemos de la operación Cesárea y de la Embriotomía, se vé la enorme diferencia que las separa, diferencia favorable en beneficio de la Sinfisiotomía.

Y nótese que la operación Cesárea dichosamente modificada por Sænger y Leopold, goza de todos los beneficios de la antisepsia como la Embriotomía misma.

Así, la Embriotomía, que tan brillantes resultados ha dado en manos de Pinard, nunca serán tan buenos como los peores de la Sinfisiotomía. Morisani dice, el Profesor Pinard tendrá para 12 Basiotripsias 12 madres sanas, pero en cambio 12 niños muertos.

Para la operación Cesárea que peca en sentido contrario, los resultados son los mismos, pues si es verdad que salva al niño expone grandemente á la madre.

Así la Cesárea, que en manos del habilísimo Leopold ha causado verdadera admiración, y cuya estadística es la mejor de cuantas se conocen, no es aún comparable á la Sinfisiotomía.

Comparemos la estadística de Spinelli relativa á esta última operación, con la de Leopold relativa á la Cesárea. La estadística de Leopold (hasta 1890) comprende 28 casos con los resultados siguientes: Madres salvadas 25; muertas 3. Mortalidad 8.6 por ciento.

La estadística de Spinelli (hasta 1892) comprende 24 casos con los resultados siguientes: Madres salvadas 24; muertas ninguna. Mortalidad 0.

Hé aquí desde el punto de vista de sus resultados comparadas estas grandes operaciones, quedando el provecho en beneficio de la Sinfisiotomía.

En cuanto á las consecuencias secundarias como resultado de la operación no pueden ser más favorables.

Las antiguas gangrenas de la vulva, fístulas vésico–vaginales, rupturas uterinas, etc., han desaparecido, pertenecen á la historia de la operación.

Es por esto que Jacolucci dice y con sobrada razón: "La estadística de la Sinfisiotomía comprende los re-
" sultados de la operación y los de las faltas de los ope-
" radores."

La consolidación se obtiene perfectamente, y en la gran mayoría de los casos, la reunión se hace por primera intención, en un espacio de tiempo que varía de un mínimo de 7 días á un máximo de 15 en los casos favorables, un poco más tarde, de 4 á 6 semanas para los otros, pero que siempre es verdaderamente sorprendente.

Pinard se explica ahora un hecho curioso acaecido en su servicio de Lariboisiere el 25 de Diciembre de 1883. Es el siguiente: "Haciendo una aplicación de
" forceps en una muchacha que tenía un estrechamien-
" to pélvico, oí, dice, en el momento en que con un solo

"dedo hacía ejecutar al instrumento, y á la cabeza el "movimiento de rotación, un chasquido sonoro.

"Después de la extracción completa, no habiendo "comprobado ningún hundimiento sobre la cabeza del "niño que estaba bien, practiqué el tacto y reconocí "con espanto que la Sínfisis estaba rota y que se po- "dían alojar dos dedos en la separación de los pubis.

"Seis semanas después, sin aplicación de ningún apa- "rato contentivo, esta mujer dejaba mi maternidad, "andando tan bien como antes de su parto.

"Añadiré que embarazada una segunda vez, esta "mujer que tenía un estrechamiento muy pronuncia- "do, parió á término y espontáneamente."

Este hecho de Pinard enseña por qué razón la sección de la Sínfisis hecha con arreglo á todos los principios de la antisepsia, produce una reunión tan rápida como completa.

Examinadas las enfermas seis semanas después de la operación, no se encuentra la menor señal que indique que han sufrido operación alguna; pues la mayor parte de la cicatriz cutánea queda oculta por el pelo del monte de Vénus.

La cicatriz huesosa se hace perfectamente aun en enfermas operadas dos veces consecutivas.

Es una de estas últimas con una pelvis de $0^{m}075$ milímetros, que fué objeto de un examen atento por parte de Charpentier. Hacía dos meses y medio que había sido operada, su cicatriz cutánea quedaba oculta, era lineal y apenas visible.

La segunda incisión había sido hecha exactamente sobre la primera. No había la menor separación, la consolidación era perfecta, de una solidez absoluta, ha-

ciendo andar á la operada se veía que su paso no había sido cambiado por la operación.

Haciendo colocar á la mujer de pie á lo largo de una pared y poniendo un dedo en contacto con el borde inferior de la Sínfisis, se le ordenó doblase alternativamente la pierna y el muslo de un lado. No se sentía ningún movimiento en la articulación, signo que Depaul y Budin consideran como seguro en el relajamiento de las Sínfisis. Había una ligera depresión en la parte superior entre los dos huesos, apenas marcada, y que hubiera pasado desapercibida si no se supiese de antemano que la enferma había sido operada dos veces.

La mujer podía estar de pie tan largo tiempo como antes de la operación, y esto sin fatiga; podía andar sin la menor dificultad, y por último, podía levantar y llevar pesados fardos y entregarse á todas sus faenas y ocupaciones anteriores sin resentir la menor molestia, como consecuencia de sus operaciones.

Así pues, desde el punto de vista de los resultados, los de la Sinfisiotomía no pueden ser mejores.

INDICACIONES DE LA OPERACION.

En la Escuela Italiana, como en la mayor parte de las Escuelas Europeas, hay dos géneros de enseñanza.

La Enseñanza Oficial dada por los profesores de la Facultad en los Establecimientos oficiales, y la Enseñanza libre dada en los hospitales por médicos, cirujanos y parteros independientes del profesorado oficial.

Ahora, en Italia como en Francia esta rivalidad de principios científicos en que cada profesor defiende ardientemente sus ideas, es como dice Charpentier, de una grandísima utilidad para los alumnos, beneficiándose á la vez la ciencia y los enfermos.

Si pues en alguna parte difiere en principios la enseñanza oficial de la libre en la Escuela Italiana, es á propósito de las indicaciones de la Sinfisiotomía.

Los Profesores que como Morisani, Spinelli, Lauro, Caruso, representan la enseñanza oficial dada en la Clínica de Partos de la Facultad, dan como límites dentro de los cuales la Sinfisiotomía estaría indicada, un máximo de $0^{m}088$ milímetros y un mínimo de $0^{m}067$ milímetros.

En casos excepcionales consienten bajar hasta $0^{m}065$

milímetros; pero esta última cifra, siendo extrema y aun considerada por Morisani como peligrosa; pues ha declarado delante de todos sus discípulos, que hacer la Sinfisiotomía debajo de esta cifra es exponer grandemente á la madre y el producto, y comprometer inútilmente el porvenir de una operación que, hecha en los límites arriba indicados, es un beneficio para la humanidad.

No es del mismo parecer la Enseñanza libre representada por Novi, Martini, yCucca.

Hé aquí conforme á dichos profesores los límites de indicación de la Sinfisiotomía.

1º Pelvis teniendo un diámetro A P de $0^{m}095$ milímetros á lo menos.

Si el trabajo se prolonga, no dejar á la mujer agotarse en inútiles esfuerzos, extraer el niño por el forceps si es posible, en caso contrario, hacer la versión.

2º Pelvis teniendo un diámetro A P de $0^{m}088$ milímetros.

Dejar á la mujer llegar á término, y una vez el trabajo declarado, ensayar el forceps, ó mejor los tractores mecánicos; si no diesen resultado, hacer la Sinfisiotomía.

Charpentier con justa razón protesta contra dos de estas conclusiones.

Así, rechaza el empleo de tractores mecánicos como perjudiciales para la madre y muchas veces para el niño.

El cree que la aplicación del forceps y después la Sinfisiotomía, sería la práctica racional.

En cuanto á que se deje llegar á la mujer á término como lo quiere Novi, no le parece tampoco racional-

mente indicado, pues si la mujer se presenta antes de término, el parto prematuro sería la indicación.

Esta opinión es aceptada por Morisani, y hé aquí otro de los puntos de divergencia en ambas enseñanzas.

Un parto al octavo mes, y con mayor razón á los ocho meses y medio, es casi un parto espontáneo. Y un niño de ocho meses ú ocho meses y medio está suficientemente desarrollado, para que á pesar de una aplicación de forceps ó una versión tenga bien asegurada su viabilidad extra–uterina.

La madre en estas condiciones estaría á salvo de peligros, y aun se evitaría la intervención quirúrgica de la sección púbica.

3º Pelvis cuyo diámetro A P tiene de 81 á 67 milímetros al mínimo.

Aquí hay que hacer una subdivisión:

1º Mujer á término. Niño vivo, hacer la Sinfisiotomía; si el trabajo se retarda, extracción por el forceps. Niño muerto, hacer la Embriotomía.

2º Mujer que no está á término. Déjese llegar al séptimo mes del embarazo y hágase el parto prematuro artificial. Puede hacerse la Sinfisiotomía si una aplicación del forceps no logra extraer el niño.

Hasta aquí las indicaciones de Novi son aceptadas por Morisani. Hacer la Sinfisiotomía todas las veces que la pelvis tenga 88 milímetros como máximo y 67 como mínimo.

Pero á partir de este límite difieren, como antes dije, ambos partidos, á cuyo frente se encuentran estos operadores.

Uno de ellos, Morisani, se queda dentro de estos lí-

mites y atribuye los fracasos obtenidos, dentro de los citados límites admitidos por él, á faltas de los operadores en presencia de ciertos casos.

Examinando á este respecto las estadísticas se comprende que en un buen número de casos la Sinfisiotomía se ha hecho después de exageradas é inútiles aplicaciones de forceps, de ganchos, después de la versión y aun hasta después del Cefalotribo, condiciones pésimas desde el punto de vista operatorio.

Si la aplicación de estos diversos instrumentos perjudicaba á la madre, era peor para el niño, que muchas veces estaba muerto antes de la Sinfisiotomía.

Así pues, mientras para Morisani y sus discípulos 67 milímetros es el límite extremo de estrechamiento pélvico justificable de la Sinfisiotomía, Novi y los suyos descienden mucho más y fijan en 54 milímetros las dimensiones extremas que autorizan la Sinfisiotomía.

Hé aquí pues, el principal punto de divergencia entre ambos operadores.

En la misma Escuela Italiana, Jacolucci, en su trabajo de 1867, propuso dos modificaciones á la Sinfisiotomía clásica, y fueron:

1º Asociar la Sinfisiotomía al parto prematuro artificial.

2º En caso de niño muerto, asociarla á la Embriotomía.

Quería evitar por este recurso la operación Cesárea.

Hubert á este respecto dice, que puesto que los trabajos de Giraud y Anciaux dan una amplitud de uno y medio á dos centímetros después de la sección del pubis, resulta que los límites en los cuales se practicaba el parto prematuro artificial se han retirado mucho.

Así, en una mujer, teniendo un estrechamiento pélvico de 5 á 6 centímetros, se puede á los 7 meses por medio de la Sinfisiotomía extraer un niño vivo, lo cual no se hubiera podido conseguir de otra manera, sino á precio de una Gastrotomía.

Como en caso de sección del pubis el estrecho inferior se beneficia por ampliación del arco del pubis, y por aumento del diámetro biisquiático, resulta que es en las pelvis cifóticas, en las pelvis en embudo, y en aquellas cuya altura anormal del pubis les ha hecho dar el nombre de barrotadas, que la Sinfisiotomía tendría una de las mejores indicaciones.

Los trabajos de Giraud y Ansiaux mencionados más arriba, dan el siguiente resultado: para una separación de $0^{m}027$ milímetros entre los pubis, se obtiene un aumento de 4 milímetros en el diámetro A P del estrecho superior; para una separación de $0^{m}054$ milímetros, el aumento va hasta 11 milímetros, y para un aumento de $0^{m}018$ milímetros sería necesaria una separación de $0^{m}067$ milímetros. El diámetro A P puede alcanzar 15 ó 20 milímetros de aumento y aun más, sin desgarraduras de las Sínfisis sacro-iliacas, siendo entonces necesaria una separación de 6 á 8 centímetros.

Estos autores creen que basta la separación de $0^{m}067$ milímetros en los pubis, lo que da 18 milímetros de aumento al diámetro A P, como queda anotado; pues si á esto añadimos que la giba parietal que se presenta se encaja en la separación de ambos pubis, tendremos disminuído el diámetro de la cabeza que se presenta, y por esta razón aumentado de una manera indirecta el diámetro A P del estrecho superior. El encaje de la

giba parietal trae una diminución en el diámetro biparietal de $0^{m}009$ milímetros, diminución que es en beneficio del diámetro A P del estrecho superior que gana esa misma medida, y que unida á los 18 milímetros que representan al aumento del diámetro A P, hacen un total de 27 milímetros, aumento suficiente y con el que se puede siempre contar.

Ejemplo: Un niño á término tiene para su paso una pelvis cuyo diámetro A P alcanza sólo 75 milímetros. Hubert analizando el caso concluye por la Sinfisiotomía. La versión, dice, expone al niño, sobre todo si hay dificultad en extraer la cabeza viniendo la última; el forceps en esta ocasión hace más bien el oficio de Cefalotribo; las tracciones mecánicas son de peligroso resultado para el niño; la palanca flamenca peligrosa para los dos, pues en ambos tiene que tomar un punto de apoyo; la operación Cesárea exponiendo grandemente á la madre, y nada se diga de la Embriotomía practicada sobre feto vivo.

El diámetro A P ganando de dos á dos y medio centímetros con una separación púbica de 67 milímetros, da suficiente paso al producto á término y normalmente desarrollado.

En todos los casos hemos supuesto esta última condición, pues se comprende que un feto anormal y enormemente desarrollado, trae un estrechamiento relativo de la pelvis, y para este caso, como para aquellos en que la pelvis presente una soldadura huesosa de las Sínfisis ó un estrechamiento debido á un tumor, á una exostosis etc., las reglas generales dadas no son aplicables ni aun podrían formularse, pues dichos casos quedan al talento y juicio del operador.

Respecto á la asociación de la Sinfisiotomía y el parto prematuro propuesta por Jacolucci, ha sido aceptada por Novi y Morisani; sólo que por este último dentro de los límites admitidos por él como extremos para la Sinfisiotomía.

Novi por el contrario, ha asociado la Sinfisiotomía y el parto prematuro hasta un límite de 33 milímetros, medida del diámetro biisquiático en un caso de raquitismo. Para una pelvis de 54 milímetros provocó el parto prematuro artificial á los siete meses é hizo la Sinfisiotomía; obtuvo un niño vivo que murió al cabo de una hora, y una madre que curó felizmente.

Asocioles de nuevo en un caso de raquitismo que, como antes dije, medía un diámetro de 33 milímetros para el transverso biisquiático. El niño fué extraído vivo y sobrevivió; la madre murió á los once días.

Por último, Novi ha asociado la Sinfisiotomía á la Cefalotripcia, sobre un niño muerto, en una mujer cuya pelvis no medía sino 50 milímetros. La madre dejó el Hospital diez y seis días después de la operación. Ya había indicado que Morisani pone un límite de 67 milímetros como máximo para intervenir por medio de la Sinfisiotomía, y que podía aun descender hasta 65 milímetros; pero también he indicado su opinión sobre el modo de intervenir en este límite que considera demasiado peligroso.

Abajo de 65 milímetros Morisani hace la operación Cesárea, y como la mayor parte de los parteros italianos, prefiere la de Porro á la Cesárea conservatriz de Sænger y Leopold.

La Embriotomía, la operación Cesárea y la Sinfisiotomía, son tres operaciones enteramente diversas, te-

niendo cada una sus indicaciones especiales. Y de hecho, dice Morisani, la comparación entre la Cesárea y la Sinfisiotomía no existe.

Los límitis de ambas operaciones están perfectamente establecidos. Puede decirse que "la una comienza "ahí donde la otra acaba."

Para terminar lo relativo á las indicaciones, haré un resumen de las señaladas por Morisani, Novi y Charpentier.

Debo advertir que es á Pinard á quien puede considerarse como el representante de la Sinfisiotomía en Francia.

Hé aquí las indicaciones de Morisani: Pelvis de 88 milímetros. Mujer á término. Aplicación de forceps ó versión. Sinfisiotomía excepcional.

Pelvis de 88 á 67 milímetros. Mujer á término. Niño vivo. Sinfisiotomía y extracción por el forceps, ó la versión si el trabajo se prolonga. Mujer antes de término. Provocar el parto prematuro, después hacer la Sinfisiotomía. Si el parto no se termina en estas condiciones por las solas fuerzas de la naturaleza, hacer una aplicación de forceps ó la versión.

Estos límites como antes dije son pasados en mucho por Novi y sus discípulos. Así, en su memoria de 1881 Novi añade á sus conclusiones anteriores lo siguiente: Pelvis de 65 á 54 milímetros: para evitar la operación Cesárea, combinar todas las veces que sea posible el parto prematuro y la Sinfisiotomía.

Pelvis teniendo menos de 54 milímetros. Preñez á término. Niño vivo. Hacer la operación Cesárea, y de preferencia la de Porro. Niño muerto. Hacer primero

la Sinfisiotomía, después la Embriotomía, para evitar la operación Cesárea.

En el Hospital de Incurables, estas opiniones son aceptadas como regla de conducta, y todos los discípulos de Novi practican la Sinfisiotomía abajo de 65 milímetros y hasta 54, en las condiciones señaladas por este operador.

Se ve aquí la enorme diferencia que reina en la Escuela Italiana respecto á los límites de indicación de la Sinfisiotomía. Mientras que para Morisani estos límites estarían comprendidos entre 88 y 67 milímetros, para Novi lo estarían entre 88 y 54 milímetros, y mientras este último practica corrientemente la Sinfisiotomía abajo de 65 milímetros, para Morisani sería ya una indicación de la operación Cesárea.

Charpentier, que recorriendo la Italia ha estudiado los hechos en el teatro mismo de los acontecimientos, ha presentado un trabajo á la Academia de Medicina, en el cual hace un llamamiento á los parteros franceses con motivo de esta operación, que él considera del todo francesa y que tan buenos resultados está dando en manos de los parteros italianos. Para Charpentier son las pelvis comprendidas entre 85 y 67 milímetros en las cuales la Sinfisiotomía, gracias á los progresos de la antisepsia, sería una operación de brillantes resultados. Es una operación, dice, que tiene su campo limitado, sus indicaciones claras, bien diferenciadas del parto prematuro y de la operación Cesárea.

Asociada á la primera de estas intervenciones, permite salvar muchos niños, condenados de otra manera á una muerte cierta.

Como la operación Cesárea, la Embriotomía se vol-

verá una operación excepcional, y es indudable que la Sinfisiotomía la hará desaparecer de la cirugía obstétrica.

Por último, esta operación no sacrificando ningún niño, es más simple y ménos dolorosa que la Cesárea, si se atiende á la extensión de la incisión, á la naturaleza y á la importancia de los órganos que interesa. Sólo se corta la piel y la grasa en una pequeña extensión, la Sínfisis púbica en su altura; no se cortan sino pequeños vasos, incapaçes en lo general de dar mucha sangre, y el instrumento no alcanza la matriz.

El niño viene al mundo por la vía que la naturaleza le ha destinado y que la separación de los pubis hace más ó menos accesible.

No hay que temer hemorragia de consideración, ni esos derrames de materias sépticas, que llevan un ataque tan seguro como mortal á las vísceras que tocan. Las dificultades en el manual operatorio no existen, y en fin, respetando la vida del niño, no se expone á la madre á las graves consecuencias de la sección Cesárea.

Después de los brillantes resultados consignados en las estadísticas y de la sencillez del manual operatorio, tales son en globo las principales ventajas de la nueva operación.

J. M. Aragón.

